

CERTIFICADO DE MORTALIDAD PERINATAL Y CONEXIÓN DE REGISTROS

Sr. Director:

El artículo de Mosquera y González-Rico¹ muestra nuevamente, en esta ocasión en Asturias, el importante subregistro existente en los recuentos de mortalidad fetal tardía y de mortalidad neonatal precoz en las estadísticas vitales en España. Los autores sugieren tres líneas de actuación para mejorar la situación: a) la adopción de criterios más objetivos y acordes con la clínica, b) la formación e información de los profesionales de la salud en estas áreas y c) la adopción de un certificado de mortalidad perinatal.

Las dos primeras líneas de actuación deben tener en cuenta las definiciones vigentes en la legislación española, parecida a la de otros países vecinos, según la cual, como ya mencionan los autores, sólo aquellos que sobreviven las primeras 24 horas de vida pueden ser inscritos en el registro civil de nacimientos. Los nacidos (vivos) que fallecen antes del primer día de vida son registrados en el legajo de criaturas abortivas, conjuntamente con los fetos expulsados sin vida. La adaptación de las definiciones del registro civil a las propias del criterio clínico-epidemiológico y la homogeneización de los cuestionarios del registro civil y de los boletines estadísticos facilitarían el proceso de recogida de información y seguramente mejorarían la subdeclaración², pero exigen un trabajo legislativo que está en competición directa con otros temas seguramente percibidos como más importantes y/o urgentes por la mayoría de parlamentarios (y de epidemiólogos).

El Instituto Nacional de estadística ya intentó hace años contrarrestar la diferencia entre las definiciones legales y las definiciones clínico-epidemiológicas mediante la instauración de un boletín estadístico del parto, que debía adjuntarse tanto a las declaraciones de mortinatos y de nacidos vivos fallecidos antes del primer día de vida (que eran considerados criaturas abortivas por el Registro Civil), como en el resto de declaraciones de nacimientos, fallecidos o no en el período neonatal (que eran considerados nacimientos, nacimientos a efectos del Registro Civil). El estudio de las limitaciones del diseño y del manejo de este documento, que no precisa de ninguna autorización parlamentaria, permitiría posiblemente mejorar el subregistro.

Contrariamente, la adopción del certificado de mortalidad perinatal, que sí precisa de cambios legislativos, no aportaría posiblemente grandes ventajas y sería una nueva fuente de

error en la ya compleja red de documentos sobre los que se basan las estadísticas vitales en nuestro sistema. Diversas publicaciones de la OMS lo han defendido con el argumento de que suministra información básica sobre la madre y sobre el parto para analizar la mortalidad perinatal³. No obstante, un sistema de conexión entre los certificados de nacimiento y los de defunción facilita prácticamente la misma información, funciona desde hace muchos años en muchos países, es compatible con la legislación vigente, posiblemente supone un coste mucho más reducido que la implantación de un nuevo certificado y permite ajustar mejor las tasas, ya que relaciona el certificado de nacimiento correspondiente a cada certificado de defunción (o en su defecto estima el sesgo producido por los certificados no apareados)⁴.

Además la misma publicación de la OMS mencionada³, que recomienda el uso del certificado de mortalidad perinatal, admite que para algunos países puede ser más apropiado establecer una conexión entre los certificados de natalidad y los de mortalidad que la instauración del nuevo certificado.

Además los certificados de mortalidad perinatal presentan algunos problemas prácticos de difícil solución: a) los errores vinculados a la confusión en la fecha límite en la que debería emitirse un certificado de defunción perinatal -(la mayoría de textos definen el período perinatal hasta los seis días completos de edad (168 horas). No obstante, algunos autores defienden la inclusión de todo el período neonatal (28 días)²- o uno de ordinario. El control recae en los funcionarios del registro civil que reconocen el límite de las 24 horas, que es al fin y al cabo el límite legal que deben identificar, pero desconocen las peculiaridades médico-epidemiológicas de las diferencias en los períodos perinatales, y b) la duplicidad de datos -y el coste añadido de verificación- que supone recoger dos veces (en ambos certificados) los mismos datos (obstétricos y otros) referidos al parto y a la madre.

Nuestra experiencia en Andorra, donde este sistema se implantó en 1985⁵, nos está llevando a estudiar la posibilidad de su sustitución por el sistema tradicional de un certificado de nacimiento y uno de defunción (para los nacidos vivos) y uno de defunción fetal tardía (para los nacidos muertos).

Oriol Ramis-Juan

Servei Català de la Salut

Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme

Bibliografía

1. Mosquera C, González Rico M. Calidad del registro de muertes perinatales. Asturias, 1986-1990. *Gac Sanit* 1994; 42: 112-6.
2. Gil-López E, Severiano-Peña S, Martín-López P. Propuesta de unificación de los Impresos de mortalidad. Creación de nuevos certificados. *Monografías de Salud Pública de la Sociedad Española de Epidemiología*. Granada: SEE, 1984.

3. OMS *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 9ª Revisión. OMS/OPS, Ginebra/Washington, 1978.
4. Ramis-Juan O. *Las técnicas de conexión en registros vitales*. *Monografías de Salud Pública de la Sociedad Española de Epidemiología*. Granada: SEE, 1984.
5. Decret del Molt Il·lustre Govern 28 juliol 1988 (Butlletí Oficial del principat d'Andorra).